

里庄町低所得妊婦初回産科受診料給付申請書

年 月 日

里庄町長 様

申請者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	里庄町	電話番号	
医療機関	住所			
	名称			
申請額		円		
給付金振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	ふりがな			
	口座名義人			

添付書類

- 領収書及び明細書（氏名、診療年月日、医療機関名、検査項目が記載されたもの）
- 本人確認書類
- 振込先が確認できる書類
- 住民税非課税世帯又は同等の所得水準であることを確認できる書類（町が世帯の課税状況を確認できない場合）

初回産科受診料の支給を受けるにあたり、世帯の住民登録情報及び個人住民税の課税状況を確認することに同意します。また、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要となる場合には、市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。

署名

署名日 年 月 日